

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
Faculté de Médecine N° 62

Tentatives de Rétablissement de la Continence de l'Anus périnéal après amputation du Rectum

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 1^{er} Juillet 1953

par

ANDRÉ CAPMAL

Interne des Hôpitaux d'Avignon

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs	{	G. ROUX, Professeur Président
de		M. LAPEYRIE, Professeur
la Thèse		G. LAUX, Professeur
		C. ROMIEU, Agrégé

MAISON AUBANEL PÈRE, AVIGNON

Tentatives de Rétablissement
de la Continence de l'Anus périnéal
après amputation du Rectum



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
Faculté de Médecine N° 62

Tentatives de Rétablissement de la Continence de l'Anus périnéal après amputation du Rectum

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 1^{er} Juillet 1953

par

ANDRÉ CAPMAL

Interne des Hôpitaux d'Avignon

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de
la Thèse

{ G. ROUX, Professeur Président
M. LAPEYRIE, Professeur
G. LAUX, Professeur
C. ROMIEU, Agrégé

MAISON AUBANEL PÈRE, AVIGNON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM	LAUX
Histologie		TURCHINI, <i>assesseur</i>
Physiologie		HÉDON
Physiologie appliquée		LOUBATIÈRES
Chimie biologique médicale et toxicologie		CRISTOL
Physique médicale		PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale		BAUMEL
Microbiologie		CARRERE
Hist. naturelle méd. parasitol. et méd. exotique		HARANT
Pathologie et thérapeutique générales		PAGES
Thérapeutique et clinique des maladies infectieuses		JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie		BERT
Hygiène		CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale		FOURCADE
Technique opératoire et chirurgie expérimentale		LAPEYRIE
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales		MOURGUE-MOLINES
Pathologie et clinique propédeutique médicales		PUECH
Clinique médicale		GIRAUD, <i>doyen</i>
—		BOULET
Clinique chirurgicale		LAPEYRE
—		AIMES
Clinique obstétricale		CADERAS DE KERLEAU
— des maladies mentales et nerveuses		LAFON
— des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge		CHAPTAL
— de dermato-syphiligraphie		MARGAROT
— chirurgicale infantile et orthopédie		ETIENNE
— urologique		TRUC
— gynécologique		ROUX
— ophtalmologique		DEJEAN
— d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale		TERRACOL
— de la tuberculose		VIDAL
Electro-radiologie		LAMARQUE

Professorat à titre personnel :

Histologie et embryologie	GRANEL
-------------------------------------	--------

Charge de cours :

Propédeutique médicale	P. RIMBAUD
----------------------------------	------------

Professeurs honnoraires

MM. GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE, L. RIMBAUD,
BOUDET, EUZIÈRE, *doyen honoraire*, J. DELMAS.



Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM
Chimie BÉNÉZECH,	Pathologie médic . . BOUCOMONT, <i>ag. libre</i>
<i>m. de c. agr.</i>	— — — SERRE, <i>agréé</i>
Physico-chimie. . . BÉNÉZECH,	Path. respiratoire . . BALMÈS, <i>agréé</i>
<i>m. de c. agr.</i>	Neuro-chirurgie . . GROS, <i>agréé</i>
Anatomie pathol. . CAZAL, <i>m. de c. agr.</i>	Chir de la tub. . . MOURGUE-MOLINES,
Embryologie. . . . Turchini, <i>prof.</i>	<i>professeur</i>
Pharmacologie . . . HARANT, <i>prof.</i>	Clin gast-ent. . . . BAUMEL, <i>professeur</i>
Pharmacol et thér. SERRE, <i>agréé</i>	Pathologie chir. . . JOYEUX, <i>agréé</i>
Pathol. expérim. . . PASSOUANT,	— — — — — NEGRE, <i>agréé</i>
<i>m. de c. agr.</i>	Obstétrique COLL DE CARRERA,
Thérapeutique . . . PASSOUANT.	<i>agréé libre</i>
<i>m. de c. agr.</i>	

Maîtres de conférences et agrégés en exercice

MM.	MM.
Anatomie. GUERRIER,	Médecine expérim.. PASSOUANT,
<i>m. de c. agr.</i>	<i>m. de c. agr.</i>
Chimie BÉNÉZECH,	Electro-radiologie . BÉTOULIÈRES
<i>m. de c. agr</i>	Chirurgie. JOYEUX
Microbiologie . . . RENOUX, <i>m. de c. agr.</i>	— NEGRE
Médecine. CAZAL, <i>m. de c. agr.</i>	— ROMIEU
— SERRE	Neuro-chirurgie . . GROS
— BALMÈS	Obstétrique DURAND
— BERTRAND	Ophtalmologie : . . VIALLEFONT
— LATOUR	Stomatologie . . . N...

A ma fille MARIE CHRISTINE

Centre d'attachement de tous les miens, nous
souhaitons qu'elle transmette et reçoive toute
l'affection et le dévouement qui nous ont été
accordés.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur G. ROUX

Officier de la Légion d'honneur.

Associé National de l'Académie de Chirurgie.

*Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine
de Montpellier.*

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien
trouver ici le témoignage de notre profonde et
respectueuse reconnaissance.

A notre Jury de Thèse

M. M. LAPEYRIE, Professeur

M. G. LAUX, Professeur

M. C. ROMIEU, Agrégé.

A M. le Docteur R. MICHEL-BECHET

Officier de la Légion d'honneur.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Associé National de l'Académie de Chirurgie.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a donné toutes les observations que l'expérience de sa technique lui permettait de publier. Nous le remercions d'avoir bien voulu soustraire à son absorbante activité les précieux instants qu'il nous a consacrés. Nous n'oublierons jamais qu'il fut notre Maître et nous a beaucoup appris par son exemple, ses leçons et ses ouvrages.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde et sincère reconnaissance, et l'assurance de notre entier dévouement.

*A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Montpellier.*

Ils furent les pionniers de notre formation médico chirurgicale. ils surent nous faire aimer davantage la médecine et nous les en remercions,

A mes Maîtres des Hôpitaux d'Avignon

M. le Dr G. MONTAGARD
M. le Dr P. GROULIER
M. le Dr MATHIEU-ROUX
M. le Dr R. MAIGNE

qui nous ont toujours témoigné tant d'estime et
qui n'ont eu de cesse de vouloir compléter notre
formation chirurgicale avec une attentive amitié.

Messieurs les Docteurs BARRE
BEZET
BIGONNET
GIBERT
HENRIET
HEURTEMATTE
LESBROS
PEROL
PICAMAL
PIERRAT
PILOTTA
PONS
SARRAN.

Nous leur exprimons ici toute notre gratitude.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Valence

Messieurs les Docteurs KOCHER
AMOUROUX
LAIGLE.

Ils ont guidé nos débuts en pratique chirurgicale et surent nous encourager dans les moments d'hésitation. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Aux Sœurs de l'Hôpital Sainte-Marthe.

A mes Amis d'Etudes et d'Internat.

Nous conserverons d'excellents souvenirs à la fois des heures de travail en commun et des heures de distraction

INTRODUCTION

Sans être entaché de septicisme, en observant la courbe des enthousiasmes chirurgicaux, on est bien obligé de constater que les techniques passent par des phases assez contradictoires.

En 1946-1947, à la suite de certains voyages aux Etats-Unis, et aussi, par le souci propre de la technique française, l'amputation du rectum, dans le cancer, a été progressivement abandonnée au profit de la résection et de la conservation sphinctérienne. Ce fut la phase florissante de l'abdomino-transacrée, de l'opération de Babcock et Bacon avec ablation de la muqueuse et conservation du sphincter, des intubations ou des anastomoses pour les néoplasmes du segment péritonéal du rectum. Certains sont allés encore plus loin et ont poussé jusqu'à l'extrême limite la conservation du sphincter, transformant ainsi les indications opératoires et les conseils de ceux qui étaient à l'origine de cette technique.

Il semble que l'on en revienne beaucoup, en France, mais surtout aux Etats-Unis, et si on en croit le dernier rapport de Banzet à l'Académie de Chirurgie, seul Bacon reste partisan des conservatrices et de la résection.

Il est certain que la résection avait non seulement l'avantage que l'on sait de la conservation sphinctérienne, mais sur-

tout, à côté de ce fait absolu, celui de proposer au malade un retour ad intégrum des fonctions était un facteur considérable dans sa décision à l'intervention d'exérèse.

Beaucoup de nos malades se sont décidés parce qu'on leur a promis de fermer l'anus de dérivation et de leur rendre une vie normale.

Mais, devant la fréquence des récidives sur le tube intestinal, des récidives dans l'atmosphère de l'aileron moyen, un retour à l'amputation du rectum était inévitable.

Nous avons été très intéressé, au cours de notre Internat, par les tentatives de notre Maître R. Michel-Béchet, dans ses essais de conservation d'une continence relative.

A ce sujet, nous avons reçu des malades, nous avons précisé le moment de la technique, en vue d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre Maître a approuvé une de nos suggestions, celle de se servir dans certains cas des droits internes enroulés, comme nous le dirons, sur l'intestin périnéal terminal.

Nous n'avons pas d'observation de ce dernier procédé, mais nous avons pu apprécier par de nombreuses recherches sur le cadavre les origines et l'importance de la vascularisation de ce muscle.

Ainsi, après avoir passé en revue les procédés anciens, après avoir décrit la technique de R. Michel-Béchet utilisée actuellement dans son service, sommes-nous heureux de soumettre à nos juges l'hypothèse de notre dernier procédé.

CHAPITRE PREMIER

Le rétablissement d'une continence relative a préoccupé les chirurgiens de tous temps.

En 1910, Jaboulay de Lyon avait décrit un mode d'enroulement des fibres du grand fessier en huit au dessous des teguments. Cette intervention était faite lorsque l'épidermisation était complète et la cicatrice de bonne tenue.

Les résultats furent médiocres et cette méthode conseillée encore par Tixier fut de moins en moins employée.

On délaissa donc, après cette tentative, l'amélioration possible du bout terminal, pour ne s'occuper plus que de la continence de l'anus abdominal.

Nous ne ferons que citer les autoplasties de la trompe de Cunéo, les différents procédés de Pauchet, d'Hartmann, avec passage de l'intestin à travers des boutonnières musculaires et des chicanes aponévrotiques.

Cependant Lecène, puis plus tard Charrier et Leibovici, avaient montré toute l'importance, dans le rétablissement d'une continence relative, de la création d'un entonnoir ou d'une bague fibreuse au-dessous de l'amputation ou autour d'elle.

A cet effet, Lecène conseillait à ses élèves, lors de l'amputation du rectum et de l'abdomino périnéale, de laisser l'intestin à quelque distance des bords de la plaie, afin que l'épidermisation se fasse au fond de l'entonnoir, et afin que cet entonnoir cutané, rejoignant la circonférence intestinale profonde, puisse en profondeur s'entourer de l'épais tissu fibreux constant dans la cicatrisation secondaire après les très importants drainages de l'époque. On sait en effet que cet intestin distal de la peau était entouré dans chaque fosse ischio anale, dans la concavité du sacrum en arrière, dans l'espace retroprostatique en avant, d'un drainage considérable de mèches.

Il est certain que bien des malades de Lecène étaient satisfaits du résultat. Ils allaient à la selle le matin, après une longue éducation, une longue discipline, ils arrivaient à évacuer la totalité du bol fécal en s'aidant de poussées diaphragmatiques importantes.

Le reste de la journée, ils se garnissaient d'un coton qui était légèrement sali le soir. Les gaz et les selles diarrhéiques n'étaient jamais gardés.

Après la communication de R. Michel-Béchet à la Société de Chirurgie de Marseille, pour laquelle les recherches avaient été faites, qui ont toutes montré (De Vernejoul) la nouveauté

du procédé, nous avons cependant trouvé dans la littérature un procédé analogue, l'anus plastique de Wreden-Stone, que nous décrirons également. Enfin le procédé d'André Toupet, qui sera aussi de notre part l'objet d'une étude.

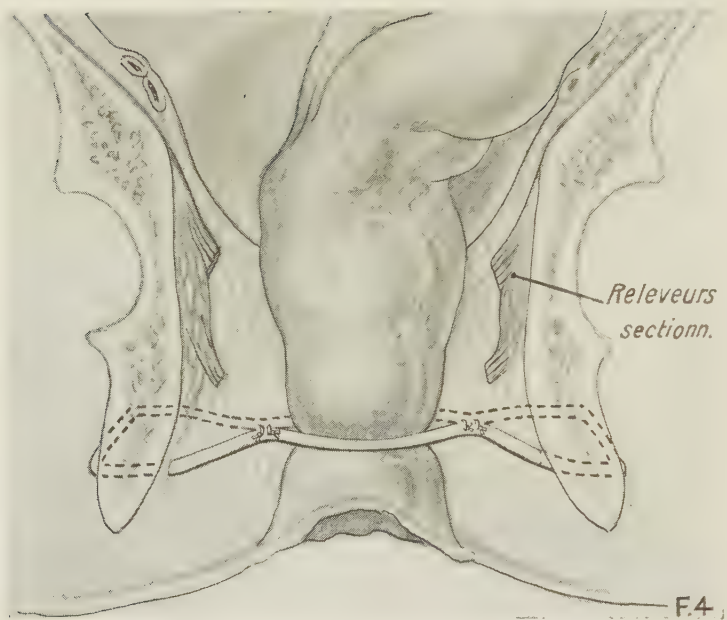


FIG 1.

Schéma de l'opération terminée. L'intestin abaissé est enserré entre deux bandelettes qui sont rapprochées l'une de l'autre pour arriver à le sphinctériser.

CHAPITRE II

Technique de R. Michel-Béchet

Il s'agit d'un procédé très simple, sans aucune subtilité technique.

Il a été essayé trois fois. Les résultats ont été satisfaisants.

En un mot il consiste en ceci :

— Ensermer entre deux bandelettes (tendon ou fascia lata) l'intestin terminal. Les deux bandelettes sont tendues au maximum entre les deux ischions perforés pour les recevoir. Horizontalement en plein périnée, les deux tendons passent en avant et en arrière de l'intestin abaissé. Ils sont ensuite rapprochés l'un de l'autre pour arriver à sphinctériser en quelque sorte l'intestin terminal. (Fig. 1).

Dans le détail, voici comment nous procédons. Après abdomino-périnéale ou amputation du rectum, l'intestin est amené au périnée. Lorsque la cicatrisation est complète, lorsque l'épidermisation paraît définitive, l'intervention suivante est alors pratiquée.

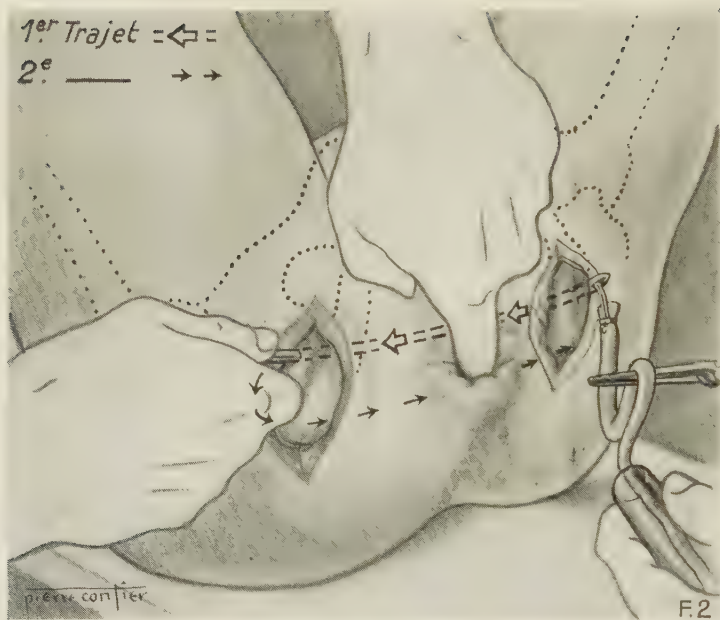


FIG. 2.

Manière de procéder pour le passage du tendon de veau mort-né aplati, après avoir créé le trajet à l'aide d'un long dissecteur mousse à œillet.

— Malade en position de la taille. Incision verticale de 10 à 12 c/m sur la saillie de l'ischion gauche. L'ischion est dénudé sur la face externe à la rugine en réclinant le périoste, en haut en avant vers la branche ischio-pubienne surtout en dedans.

Nous perforons alors l'ischion en deux orifices. L'idéal serait de les perforer sur un même plan horizontal. La largeur de l'ischion ne le permet pas. Un espace d'un centimètre est indispensable, en effet, entre les deux perforations. Ces orifices doivent admettre le calibre d'un petit crayon. Nous procédons de même sur l'ischion droit : même exposition, même forage.

A l'aide d'un long dissecteur mousse ou de la longue pince à splanchnicectomie on chemine horizontalement dans l'espace ischio-rectal gauche en avant de l'anus, à un centimètre et demi en profondeur de sa surface cutanée.

A l'aide surtout du long dissecteur mousse. Souvent un doigt dans l'anus est nécessaire pour progresser avec sécurité en avant du tube intestinal. Cette zone franchie, la longue pince à splanchnicectomie ou le dissecteur chemine alors dans la fosse ischio rectale droite jusqu'à l'ischion droit déjà préparé.

Un long tendon de veau mort-né que nous aplatissons en ruban est fixé à un gros fil de lin lui-même amarré à l'œillet du dissecteur (Fig. 2). Le tendon est donc amené de l'ischion droit à l'ischion gauche et il est passé successivement dans l'orifice supérieur des deux perforations (ischion droit et gauche). Un même trajet sera préparé dans l'espace retro-anal et les deux fosses ischio-anales en arrière. Mais avant de charger le tendon celui-ci sera passé par l'orifice inférieur de l'ischion droit.

On obtient ainsi deux rubans tendus en avant et en arrière du rectum. Tendus au maximum, ils sont suturés l'un

à l'autre après le passage du trou inférieur de l'ischion gauche. L'aide les tend au maximum tandis qu'ils sont unis sur la face externe de l'ischion par une série de points de nylon. Poudre de pénicilline : hémostase et fermeture des deux plaies.

Nous menons alors deux petites incisions verticales à un travers de doigt de l'anus. Ces deux petites incisions nous amènent (de part et d'autre) sur les deux rubans tendus qui sont encore rapprochés de chaque côté par une série de points jusqu'à ce que l'orifice de l'anus se referme, devienne horizontal, présente une lèvre antérieure et une lèvre postérieure et celles-ci arrivant en contact. (Fig. 3). Fermeture des petites plaies.

Quinze à vingt jours après cette intervention, lorsque toutes les cicatrices sont solides et paraissent définitives, nous fermons l'anus par le procédé habituel.

A la suite de ce procédé qui a été présenté à la Société de Chirurgie de Marseille, le Professeur de Vernejoul a ajouté les mots suivants :

« Je suis très heureux de féliciter mon ami, le Dr Michel-Béchet, des résultats qu'il a obtenus. Cette question a donné lieu à beaucoup de travaux et je crois que la technique proposée par M. Michel-Béchet est entièrement nouvelle. Le procédé qu'il nous apporte paraît très supérieur à ceux proposés jusqu'alors. Il est certain qu'il ne peut pas apporter un résultat parfait puisque celui-ci exigerait la persistance de la sensibilité si particulière de la muqueuse anale qui a été détruite. »



FIG. 3

Par deux petites incisions verticales, menées latéralement à un travers de doigt de l'anus, on rapproche les deux rubans tendus afin de mener au contact les deux lèvres de l'anus, devenu horizontal.

OBSERVATION N° 1.

L. P., homme de 51 ans, opéré le 17 août 1934. Volumineux néoplasme de la partie inférieure de l'ampoule. Anus de dérivation sur le transverse. Lavages du bout inférieur.

15 jours après, amputation abdomino-périnéale, péritonisation excellente.

Temps périnéal, résection large. Les fosses ischio-anales sont nettoyées. Une couronne de mèches autour du colon abaissé. Suites très bonnes.

Le malade revient 4 mois après, parce qu'il présente un prolapsus de l'intestin abaissé qui le gêne, qui suinte. Nous pratiquons alors l'intervention déjà décrite, en mettant en avant et en arrière les deux bandes de fascia lata et même en complétant l'intervention par l'enroulement en 8 des fibres du grand fessier, à la manière de l'opération de Jaboulay.

Fermeture rapide des deux plaies. Le prolapsus est complètement maintenu, le malade évacue quelques glaires et quelques concrétions grisâtres de la muqueuse tous les 15 à 20 jours, lorsqu'il se sent gêné, en faisant quelques poussées dans la position de la selle.

Satisfait de cet état, il n'a jamais accepté qu'on ferme l'anus de dérivation. Nous avons eu de ses nouvelles en août dernier : excellente santé. Localement l'anus périnéal est très aplati dans le sens transversal. Le doigt le franchit avec quelques difficultés.

Cette observation ne peut pas être utilisée dans le but de prouver le rétablissement d'une continence quelconque. Elle a amené la guérison d'un prolapsus rectal qui tendait à s'exagérer, et surtout, elle a fait cesser les ennuis de sécrétion continue particulièrement gênants.

OBSERVATION N° 2.

C. D..., femme de 54 ans, a été examinée le 17 décembre 1937 à l'Hôpital Sainte-Marthe : épithélioma volumineux de la face antérieure du rectum, très bas à un centimètre à peine du canal anal. La cloison rectovaginale paraît indemne. Le 6 janvier 1938 on pratique un anus de dérivation sur le transverse. Un jour après, amputation du rectum abdomino-périnéale élargie. Mobilisation du colon gauche. Ligature du tronc de la mésentérique. Dissection des uretères, clivage aisé en avant, mais après hystérectomie. Péritonisation avec le péritoine vésical abondant. Intervention basse périnéale très élargie. Les releveurs sont coupés très en dehors, le rectum est reséqué très haut. Fermeture partielle. Drainage par mèches. Descente colique importante. Suites normales.

La cicatrisation paraît solide et de bon aloi et le 2 août 1938 essai de rétablissement de la continence. Même technique avec deux bandes de fascia lata. Suture des bandes dans l'atmosphère fibro périostée des ischions. Un seul orifice dans chaque ischion. Rapprochement des bandelettes de chaque côté de l'anús jusqu'à ce que celui-ci soit complètement aplati.

Le 5 septembre, fermeture de l'anús de dérivation.

Résultat.

Nous avons revu plusieurs fois la malade, et encore ces jours derniers. Elle va une fois à la selle le matin. Mais la préoccupation d'exonération dure cependant une demi heure, trois quarts d'heure. A la même heure, elle se présente à la selle et fait plusieurs tentatives. Pendant la journée la continence est absolue. Le petit coton de propreté n'est même pas taché. Elle nous dit avoir quelques fois, dans l'après midi, la

sensation de besoin. L'incontinence est cependant complète pour les gaz et pour la diarrhée.

Elle doit s'obliger à une certaine discipline, et n'être ni très constipée, ni diarrhéique.

Des radiographies ont été pratiquées. (Fig. 4 et 5). Elles montrent bien le néo canal anal, et, le radiographe a noté que la sonde enlevée, la substance opaque, quoique liquide, sourd à peine, tandis qu'au moment où elle pousse la défécation est complète, en jet.

OBSERVATION N° 3.

Cette dernière observation concerne Madame D..., femme de 60 ans. Cancer du canal anal pour lequel elle a subi pendant une année la radiothérapie de contact. Lorsqu'on l'a examinée il s'agissait d'une plaie bourgeonnante du canal anal, anfractueuse et d'une odeur infecte : ganglions nombreux sur les deux triangles de Scarpa (à caractère inflammatoire).

Première intervention le 5 février 1950 : amputation péri-néale très élargie au bistouri diathermique emportant largement toute l'atmosphère péri rectale. Très grand évidemment périnéal, abaissement assez facile après ligature au lin, au-dessus de l'hémorroïdale supérieure. Mèches autour de l'intestin et dans les fosses ischio-anales. Tamponnement. Dans le même temps : anus de dérivation sur le transverse.

Curage ganglionnaire dix jours après, très large, avec relèvement de l'arcade jusqu'à l'iliaque externe.

Le 12 janvier 1951 tentative de rétablissement de la continence, selon la technique précédemment décrite, et cette fois par des tendons dans chaque ischion, passés comme déjà dit.

Le 31 juillet, fermeture de l'anus sur le transverse. Fermeture très difficile. Cette femme très grasse a présenté une

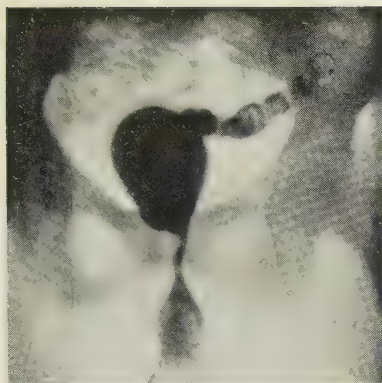


FIG. 4 et 5.

On distingue nettement le néo canal anal. La substance opaque quoique liquide sourd à peine après le retrait de la canule.

considérable éventration autour de son anus de dérivation. Au moment de l'extériorisation du transverse pour la fermeture un abcès collecté de l'épiploon s'évacue. Résection de l'épiploon. Fermeture. Suites cependant normales.

Résultat.

La malade présente à peu près les mêmes suites que la précédente, avec les différences suivantes : Elle va à la selle tous les matins, sans que cette tentative n'ait à s'étendre sur une demi heure ou trois quarts d'heure. Dans la journée elle est moins continente et salit souvent le petit pansement (tache de 5 frs maximum). Elle ne retient pas les gaz. Mais cependant en surveillant son alimentation, et avec une constipation relative, elle mène une vie quasi normale et se déclare être très satisfaite.

Les cas sont certes peu nombreux pour affirmer l'excellence de la méthode. Mais cette technique, qui est inoffensive, nous a paru cependant apporter un soulagement aussi bien moral que fonctionnel.

CHAPITRE III

Technique de A. Toupet

Toupet a écrit que « le mauvais fonctionnement habituel de l'anus périnéal, et le sphacèle fréquent du colon abaissé, ont conduit le chirurgien à une solution un peu lâche qui est l'anus iliaque gauche définitif », et il ajoute : « c'est évidemment le moyen facile de résoudre le problème que de ne pas vouloir l'aborder ».

On sait que Toupet préconise une exérèse particulièrement importante, puisqu'il abaisse systématiquement le colon transverse au périnée, résequant le rectum, le colon descendant et tous les gîtes ganglionnaires d'une seule trainée. Le problème de l'exérèse ganglionnaire par cette technique comme celui des conservations vasculaires est absolument résolu et c'est l'angle gauche du colon que Toupet amène au périnée.

Il était légitime dès lors, puisque l'abaissement était très large et facile, de profiter de la longueur du colon abaissé pour faire un anus périnéal, et pour retravailler la question des anus périnéaux.

Tous les procédés anciens ont paru peu satisfaisants à Toupet, car ils utilisaient directement ou indirectement des muscles qui n'entrent pas dans le mécanisme normal de la défécation. Et la solution heureuse, que préconise Toupet, est l'utilisation des faisceaux antérieurs des releveurs sectionnés comme une amputation typique du rectum.

Nous allons maintenant décrire cette technique en suivant l'auteur.

Opération proprement dite.

L'opération est habituellement conduite en trois temps.

1^o temps abdominal : libération du rectum. Mobilisation du colon transverse.

2^o temps périnéal : amputation du rectum proprement dit.

3^o temps abdominal : péritonisation et fermeture.

1^o Le temps abdominal.

a) Libération du rectum.

Ce temps ne diffère en rien du temps abdominal de la résection du rectum telle que nous l'avons décrite. La seule différence est ici l'inutilité d'une libération très poussée du rectum vers le bas.

On fait par voie abdominale ce que l'on peut en sachant que le temps périnéal sera d'autant plus facile qu'on aura libéré le rectum plus bas vers les releveurs.

Il ne faut cependant pas mettre son amour propre à tout faire par cette voie et à sacrifier à l'exérèse large lorsqu'on estime que l'on aura davantage de facilités par voie périnéale. Il ne faut pas trop s'obnubiler sur les ailerons mais essayer

surtout de juger de l'extension de la tumeur et libérer le rectum en arrière jusqu'à la pointe du coccyx lorsqu'il n'adhère pas trop au rectum.

b) *Section du pédicule mésentérique inférieur.*

Mobilisation du colon transverse.

Lorsqu'on juge la tumeur sans extension considérable pour légitimer une exérèse large avec des chances de survie prolongée nous sacrifions délibérément le pédicule mésentérique inférieur et nous mobilisons le colon transverse. La péritonisation est commencée par voie abdominale jusqu'au promontoire ce qui évite les tractions trop importantes par le temps ultérieur.

2^o *Temps périnéal.*

On pratique une amputation du rectum typique en ménageant si possible le coccyx.

On libère le rectum en arrière et latéralement en sectionnant très au large les faisceaux externes des releveurs et les ailerons moyens s'ils n'ont pas été liés précédemment.

Le rectum ne tient plus alors que par les faisceaux antérieurs ou internes des releveurs. On les sectionne comme normalement mais après les avoir isolés sur 3 ou 4 centimètres des faisceaux externes. On a ainsi deux languettes musculaires importantes de 2 à 3 c/m de hauteur que l'on repère (Fig. 6).

Le rectum libéré descend d'un bloc et on attire progressivement avec douceur par voie périnéale, rectum, sigmoïde descendant. On arrête le déroulement à la moindre résistance.

L'angle gauche (qu'il est facile de repérer par la colique supérieure gauche en partant du pédicule mésentérique inférieur sectionné) se présente habituellement dans la plaie périnéale.

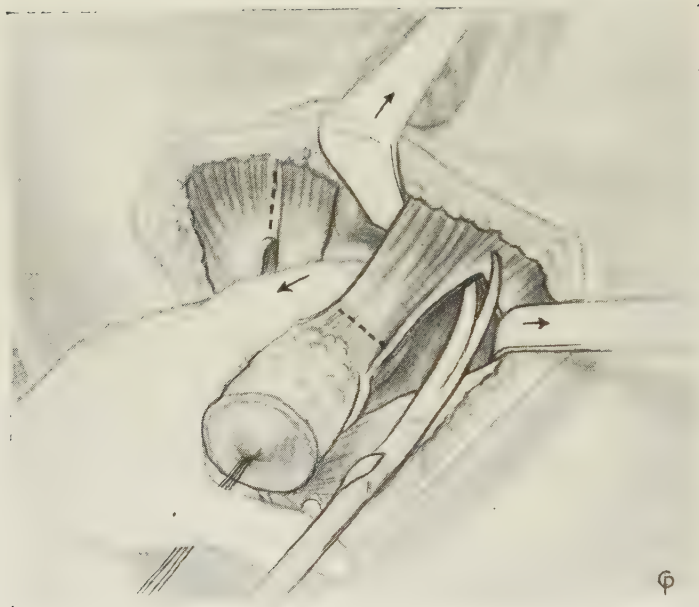


FIG. 6.

Remarquer l'isolement des faisceaux antérieurs du muscle releveur de l'anus et le niveau de la section.

On sectionne le colon et son méso de façon qu'il y ait 10 à 15 c/m d'intestin extériorisé.

On le relève, et sur la face postérieure on suture par des points en U les deux faisceaux antérieurs du releveur. (Fig. 7).

Deux points totaux rapprochent la plaie périnéale en avant du colon.

Une lame ondulée et une sonde de Nélaton sont placées sur la brèche présacrée.

3^e Temps abdominal.

On termine la péritonisation qui doit être parfaite et on ferme en un plan la paroi avec du matériel perdu.

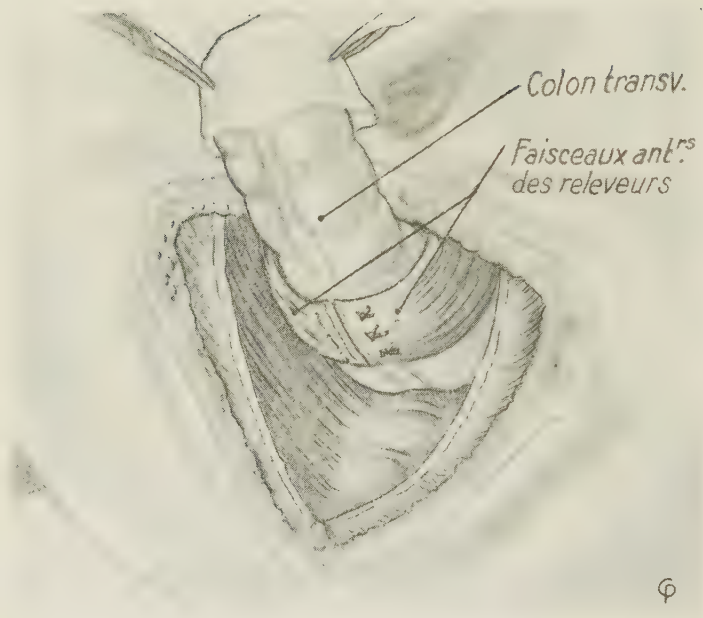


FIG 7

Le bout colique abaissé au périnée est rabattu en avant et les faisceaux antérieurs du muscle releveur de l'anus sont unis en arrière par une série de points en U. Le colon est ainsi serré et coudé.

CHAPITRE IV

Technique de l'anüs plastique de Wreden-Stone

Cet auteur, qui s'est occupé toute sa vie du rétablissement de la continence, a décrit comme dernier procédé l'enroulement autour du tube intestinal d'une bandelette de fascia lata, fixée de part et d'autre dans la masse du grand fessier.

Après prélèvement d'une très large bandelette du fascia lata, découpée sur toute sa longueur, on pratique ainsi l'opération périnéale.

— Incision verticale de chaque côté, en dehors des tubérosités ischiatiques, incision de 10 c/m. Après dissection et écartement de la graisse, il faut bien découvrir le muscle et apercevoir le grand fessier sur une largeur de 4 travers de doigts. Si l'on peut trouver dans la masse musculaire des lames aponévrotiques, celles-ci doivent être soigneusement conservées, car elles permettent mieux la fixation du tendon.

— On procède alors comme dans notre première description au forage sous les téguments, on crée ainsi un tunnel en avant et en arrière du tube intestinal, puis à l'aide d'un dissecteur très courbe, on fore à un centimètre de l'intestin un

véritable anneau qui rejoint les deux zones décollées transversales. La bandelette de fascia lata est ensuite amarrée à un clamp courbe et passée de la façon suivante : elle charge la masse la plus importante possible du fessier puis se dirige transversalement jusqu'à l'intestin terminal, se recourbe en ce niveau de manière à entourer la demi circonférence pour rejoindre en arrière le forage transversal postérieur. A ce moment, en écartant les téguments, il est facile d'attraper cette bandelette, on relache et on enlève le clamp semi circulaire, et, la bandelette est amenée vers la plaie où elle rejoint son extrémité, et l'ensemble des deux sont fixées par un nœud très solide l'une à l'autre, amarrant une masse musculaire considérable. (Fig. 8).

Les deux bandelettes sont encore unies par une série de points non résorbables.

On procède de la même façon du côté opposé. De chaque côté les bandelettes sont fixées sous traction, de telle sorte que l'intestin terminal est coudé deux fois dans sa verticalité, ce qui le sphinctérise au possible.

Nous n'avons pas la pratique de ce procédé, nous ne pouvons apporter aucune observation, cependant quand les muscles fessiers sont volumineux le procédé nous paraît excellent. Et nous projetons de pratiquer cette technique et de publier le résultat de nos observations dès que cela sera possible.

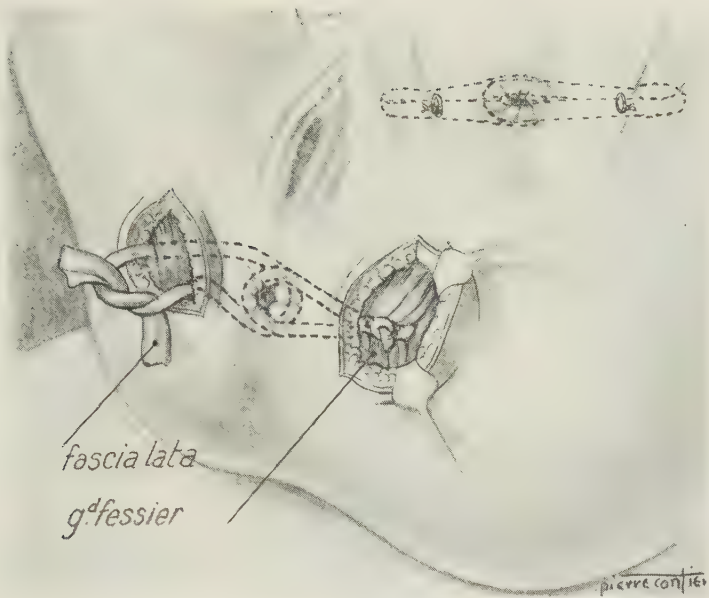


FIG. 8

Noter en haut à droite le schéma définitif de l'intervention de Wreden Stone. Le dessin lui-même représente la façon dont le ruban de fascia lata charge les fibres du muscle grand fessier.



FIG. 9

Radiographie du testicule droit interne après injection de substance de contraste dans le pédicule supérieur. On note les anastomoses avec les pédicules moyen et inférieur, bien que sur la reproduction du cliché il soit difficile d'apprécier l'anastomose inférieure.

CHAPITRE V

Il s'agit maintenant d'un simple projet de technique que nous avons envisagé et dont l'idée nous est née après la lecture de la technique de A. Toupet et de la technique de A. Comolli pour la réfection de la paroi abdominale pour remplacer et renforcer les grands droits.

Il nous a semblé que le muscle le plus favorable, le plus proche, le plus facilement abaissable, était le droit interne. Pour établir les possibilités de ce déplacement musculaire, il était indispensable de s'assurer de la vascularisation des muscles abaissés.

A cet effet nous avons pratiqué des recherches cadavériques, nous avons injecté les artères du pédicule supérieur et nous nous sommes rendus compte que la branche importante que reçoit le muscle du pédicule supérieur se divisait en un grand nombre de branches dont trois d'entre elles s'anastomosaient à plein canal avec le pédicule moyen. De ce pédicule moyen descendaient presque toujours une à deux branches qui venaient irriguer l'extrémité du muscle. (Fig. 9).

Au total on pourra constater sur le cliché que nous publions le bien fondé de la description anatomique du Professeur Salmon.

Dans son ouvrage, les artères des membres, la vascularisation du droit interne est ainsi décrite :

1^o Pédicule supérieur ou artère supérieure.

Origine : le plus souvent de la circonflexe interne parfois de la fémorale profonde.

Passe sous le moyen adducteur et aborde le muscle au 1/3 supérieur perpendiculairement au nerf.

2^o Pédicule moyen ou artère moyenne.

Origine : artères des adducteurs, irrigue le 1/3 moyen.

3^o Pédicule inférieur.

Origine : collatérale de la fémorale superficielle en avant du grand adducteur,

au 1/4 inférieur du muscle par des artéριοles de la fémorale par le canal de Hunter.

A noter : les artères des adducteurs et du droit interne sont perpendiculaires aux nerfs de la région et sont plaquées contre le muscle par une gaine celluleuse. Elles sont faciles à récliner.

Anastomoses intramusculaires.

Importantes entre le pédicule supérieur et le pédicule moyen.

Par contre faibles et inconstantes entre le pédicule moyen et inférieur.

Le 1/3 inférieur du muscle est donc en danger lorsque les pédicules moyen et inférieur sont sectionnés, mais des anastomoses secondaires sont fréquentes.

Nous nous basons sur l'importance de cette vascularisation et la conservation de l'innervation par la branche antérieure du nerf obturateur pour proposer cette technique que nous avons pu réaliser sur le cadavre. (Fig. 10).



FIG. 10

Schéma du projet de technique utilisant les muscles droits internes. Noter leur entrecroisement

1^{er} temps. Libération des deux droits internes par deux incisions crurales allant de la saillie de l'insertion supérieure du droit interne vers la partie postérieure du condyle interne.

Ligature des pédicules vasculaires moyen et inférieur.

Section des muscles dans la partie tendineuse au 1/3 inférieur.

2^e temps. Incision transversale préanale de 6 à 7 c/m. Tunellisation à la pince à ligament large et passage des muscles en prenant soin de les entrecroiser en avant du coïon abaissé avec un à deux points de rapprochement. (Fig. 11).

3^e temps. Incision verticale retro-anale permettant une nouvelle tunellisation et passage des deux muscles qui sont à nouveau croisés en arrière de la portion colique terminale et rapprochés par quelques points de catgut.

4^e temps. Fixation au tissu fibropériosté péricoccygien. Fermeture des diverses incisions.

Seule l'expérimentation pourrait dire ce que vaut ce projet et c'est pourquoi nous vous le présentons et le soumettons à vos critiques.

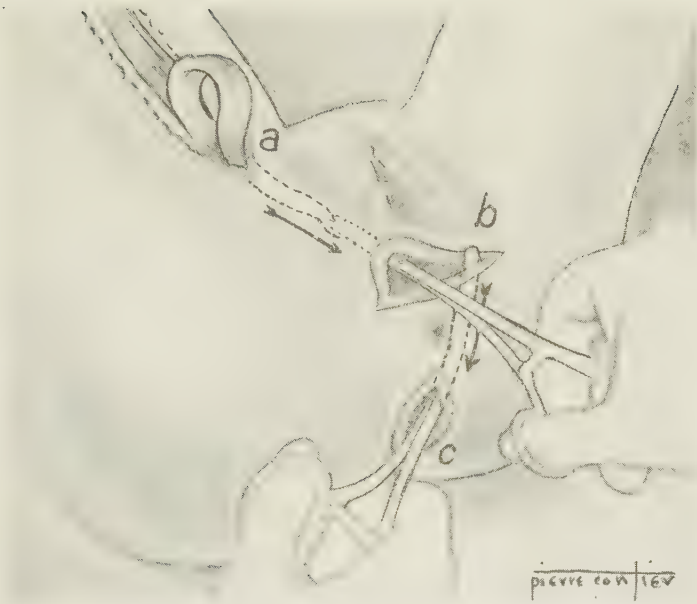


FIG. 11

Manière de passer le muscle droit interne après tunellisation à la pince à ligament large.

CONCLUSIONS

1^o Ce travail n'a d'autre but que de soulever la question d'une thérapeutique chirurgicale en vue de rétablir une continence relative, après amputation du rectum pour néoplasme.

2^o Nous présentons la technique de notre Maître le Docteur R. Michel-Béchet, les observations et les résultats obtenus.

Cet apport est modeste. Il est cependant la partie positive de notre mémoire.

3^o Il nous a paru indispensable de rechercher alentour les procédés qui ont été préconisés dans le même temps pour remédier à cette infirmité.

C'est ainsi que nous avons décrit minutieusement la technique de Toupet, que nous avons fait dessiner les moments intéressants de cette technique.

Puis après l'avoir repérée sur le cadavre, nous avons résumé et mis au point la technique de l'anoplastique de Wreden-Stone.

Enfin nous avons soulevé l'hypothèse, mais sans l'avoir pratiquée sur le vivant, d'une technique qui nous semble ana-

tomiquement possible. Cette dernière technique utilise les droits internes dont on conserve la vascularisation et l'innervation.

Ils sont disposés dans un parcours particulier des fosses ischio-anales.

BIBLIOGRAPHIE

- D'ALLAINES F. *Traitement Chirurgical du Cancer du Rectum*. 1 vol., 242 p. Flammarion éd. 1946, 2^e éd. revue.
- D'ALLAINES F., JOURDAN P. et STEFANI L. *Journal de Chirurgie*, Juin 1938, t. 51, n° 5, p. 817-837. (Resection par voie sacrée).
- BARANGER J. (du Mans). *Rev. de Chir.* 1937, 56^e année, n° 9, p. 662 (amput. périnéale).
- BERGERET A. *Les interventions abdomino périnéales et abdomino sacrées dans la chirurgie du rectum*. (Mém. Acad. de Chir. 64/811/815, 1938).
- BABCOCK W. W. *Symptoms and diagnosis of carcinoma of the colon with a new method for extirpating the recto-sigmoid without colostomy*. (Penna State M. J. 26, 180, 1932).
- BABCOCK W. W. *Carcinoma of rectum. One stage simplified proctosigmoidectomy with formation of perineal anus*. (S. clin. North America, 12, 1397-1400, 1932).
- BABCOCK W. W. *Symptoms and operative treatment of carcinoma of lower bowel with a method for elimination of colostomy*. (South Surgem. 1, 265-274, 1933).
- BABCOCK W. W. *Improvements in the operative treatment of intestinal carcinoma*. (South Surgem. 6, 267-274, 1937).
- BABCOCK W. W. *The advantage of périnéal over abdominal colostomy with technic for transferring the abdominal opening to the perineum*. (J. A. M. Am. 113, 1933-1939, 1939).

- BABCOCK W. W. *Advances in the operative treatment of cancer of the large bowel.* (J. Internat. Coll. Surg. 9, 179, 187, 1946).
- BACON H. E., GASS O. C. et TODHUNTER W. D. *Present status of surgical treatment of cancer of rectum and pelvic colon.* (Clinics, 3, 982-996, 1944).
- BACON H. E. *Evolution of sphincter muscle preservation and re-establishment of continuity in the operative treatment of rectal and sigmoidal cancer.* (Surg. Gynec. and obst. 81, 113-127, 1945).
- BACON H. E. *Anus, Rectum, Sigmoid colon. Diagnosis and treatment.* (2 vol., 1078 p. Philadelphie 1949, 3^e édit., Lippincott éd.).
- BANZET, *Académie de Chirurgie.* 1953.
- CHALIER A. (de Lyon). Thèse 1910.
- CHALIER A. et MONDOR H. Doin édit. Paris 1924.
- CHARRIER A. et COURIADES R. (de Bordeaux). *Bordeaux Chir.*, Janvier 1934, 5^e année, n° 1, p. 9. (Amputation périnéale chez la femme).
- CHARRIER A. et DUBOURG (de Bordeaux). *Bordeaux Chir.* Avril 1932, 3^e année, n° 2, p. 101 (Amputation périnéale).
- CHARRIER J. et BARRAYA. *Journ. de Chir.* Mars 1939, t. 53, n° 3, p. 322 (Amputation abdomino périnéale avec hystérocolpectomie).
- COFFEY (de Portland. Oregon). *The Americ. Journ. of Surg.* Octobre 1931, p. 161. (Amputation abd. périn. en deux temps).
- COMOLLI A. *Bolletino della Soc. medico chir. di Modena.* Avril 1931. (Analyse dans *Journ. de Chir.* 1931, t. 38, p. 410). (Réfection de la paroi abdominale pour éventration en utilisant les droits internes).
- CUNEO. *Journ. de Chir.* Mars 1914, t. I, 12, n° 3, p. 281, (Artères. Abaissement dans la chirurgie du recto sigmoïde).
- CUNEO et BLOCH. *Journ. de Chir.* Mai 1926, t. 27, n° 5, p. 529. (Amputation élargie du rectum chez la femme).
- CUNEO, SENEQUE et ZAGDOUM. *Journ. de Chir.* Juillet 1934, t. 44, n° 1, p. 1. (Résection).

- CUNEO. *Presse Méd.* 1922, p. 333. (Dispositif d'obturation des anus artificiels).
- DECKER (de Lausanne). *Journ. de Chir.* Nov. 1938, t. 52, n° 5, p. 593. (Amputation abdomino périnéale du rectum).
- DELORE et CHALIER (de Lyon). *Revue de Chir.* mai 1907, t. 35, p. 784. (Amputation périnéale du rectum).
- FORGUE et MILHAUD (de Montpellier). *Revue de Chir.* 1923, t. 41, p. 61. (Artères dans les opérations recto sigmoïdiennes).
- GABRIEL (W. B.) (de Londres). *The Lancet*. 14 juillet 1934, vol. 227, p. 69. (Amputation périnéo abdominale du rectum).
- GABRIEL (W. B.), CUTHBERT DUKES et H. J. R. BUSSEY (de Londres). *The British Journ. of Surg.* Octobre 1935, vol. 23, n° 90, p. 315. (Adénopathies dans le cancer du rectum).
- GAHINET. Thèse. Paris 1938. (Résection en deux temps par voie combinée).
- GAILLARD. Thèse. Paris 1923. (Dispositifs d'obturation des anus artificiels).
- GESER, L. FUSSEN, I. ALLGAU. *Restoring continence in operations on the rectum.* Arch. Klin. Chir. Berlin, 1951. 267/1 (493-495). (Gohrbandt. Berlin).
- GIANGROSSO (G.) *Surgical technic for therapy of prolopse of rectum following périnéal amputation for cancer.* Chir. Ital. 1, p. 228-232. May-June 1947.
- GODARD. Thèse. Paris 1934. (Anus du colon descendant).
- GOLDSCHMIDT (de Vienne). *Zentralbl f. Chir.* 20 décembre 1924, t. 51, n° 51, p. 2.800 (Dispositifs d'obturation des anus artificiels).
- HARTMANN H. *Journ. de Chir.* Déc. 1913, t. 11, n° 6, p. 693.
- HUET H. et MIHAILESCO. *Journ. de Chir.* Mai 1931, t. 37, n° 5, p. 657. (Amputation périnéale).
- KAPPIS (de Hanovre). *Zentralbl f. Chir.* 9 août 1924, t. 51, n° 32, p. 1728. (Dispositifs d'obturation des anus artificiels).

- KIRSCHNER M. Livre de Technique Chirurgicale, éd. revue par N. Guleke und R. Zenker. T. I, p. 530-533. (Tech. Wreden-Stone). Berlin. Gottingen-Heidelberg, 1951.
- KLEINSCHMIDT (de Leipzig). *Zentralbl. f. Chir.* 21 mars 1925, t. 52, n° 12, p. 626. (Dispositifs d'obturation des anus artificiels).
- KRUBLOFF (de Leningrad). *Zentralbl. f. Chir.* 7 août 1926, t. 53, n° 32, p. 205. (Dispositifs d'obturation des anus artificiels).
- LAHEY F. H. (de Boston). *Surg. Gyn. Obst.* Novembre 1930, vol. 51, n° 5, p. 692. (Amputation abdomino périnéale en deux temps).
- LAHEY F. H. et GATTELL R. (de Boston). *Amer. Journ. of Surg.* Février 1935, vol. 27, n° 2, p. 201. (Amputation abd. périnéale en deux temps).
- LAHEY F. H. (de Boston). *Journal of the American Medical association*, vol. 149, n° 7, 14 juin 1952, p. 626-628. (Inconvénients des opérations de conservation sphinctérienne dans le cancer du rectum).
- LEIBOVICI. *Journ. de Chir.* Mai 1937, t. 49, n° 5, p. 665. (Hysterectomie et colpectomie associées).
- LOCKHART MUMMERY J. P. (de Londres). *Surg. Gyn. Obst.* 15 Février 1938, vol. 66, n° 2 A, p. 527. (Amputation périnéale).
- LOCKHART MUMMERY J. P. (de Londres). *Surg. Gyn. Obst.* Novembre 1938, vol. 67, n° 5, p. 655. (Amputation périnéale).
- MARCHAL G. Thèse. Montpellier, 1951. L'appareil neuromusculaire de l'intestin terminal. Les mécanismes de la continence anale et de l'évacuation rectale.
- MICHEL-BECHET R. Société de Chir. de Marseille du 28 janvier 1952. *Marseille Chirurgical*. Année IV, n° 3. Mai-Juin 52, p. 333-339. (Essai de rétablissement de la continence après amputation du Rectum).
- NUBOER et Von AKEN. *J. Chir.* T. 67, n° 3. Mars 1951. « Stenoses et imperforations du Rectum ». (Technique de Wreden Stone).
- OLIVEIRA (Edison de). *Anais Paulistas de Medecina et Chirurgia*. Vol. 64, n° 1. Juillet 1952, p. 9-29. (Traitement chirurgical du cancer du colon gauche et du rectum).

- PAPIN (de Bordeaux). *Journ. de Chir.* Avril 1928, t. 31, n° 4, p. 510. (Amputation périnéo-abdominale en trois temps).
- RICARD. Thèse. Lyon 1924. (Voie transanale).
- RICARD (de Lyon). *Journ. de Chir.* Février 1930, t. 35, n° 2, p. 177. (Amputation abdomino-périnéale avec abaissement).
- SALMON. *Livre d'Anatomie.* « Les artères des membres ».
- SCHWARTZ AUS. et FEY B. *Journ. de Chir.* Juin 1926, t. 27, n° 6, p. 673. (Amputation abdomino-périnéale).
- SMITH DUDLEY (de San-Francisco). *Surg. Gyn. Obst.* Avril 1928, t. 46, n° 4, p. 568. (Amputation abdomino périnéale).
- SOUPAULT et LEIBOVICI. *Journ. de Chir.* Décembre 1931, t. 38, p. 816. (Amputation abdomino périnéale).
- TIXIER (de Lyon). *Congrès Fr. de Chir.* 1907, p. 347. (Hystérectomie préliminaire).
- TIXIER (de Lyon). *Société de Chir. de Lyon*, 1910. (Reprise du procédé de Jaboulay).
- TIXIER (de Lyon). *Congrès Français de Chir.* 1907, p. 347. (Rétablissement de la continuité dans les résections recto sigmoïdiennes).
- TUREL R., GORDON J. B. et DAVIS K. *Am. J. Surg.*, n° 76, p. 89-91. July 1948. (Plastic repair for postoperative anal incontinence) (employing Bunnel type of tendon suture).
- TOUPET A. *Revue de Chir.* Paris 1950, 69/11-12, p. 334-340. Illus. 3. (Guilleminot. Nantes). (L'amputation du rectum avec abaissement systématique du colon transverse et essai d'anus périnéal continent avec les faisceaux antérieurs des releveurs).
- TOUPET A. Technique de resection du rectum abdomino transanale par retournement sommaire préalable avec abaissement systématique du colon transverse. *Journ. de Chir.* 66, p. 37-55, 1950.
- VILLARD E. (de Lyon). *Congrès Fr. de Chir.* 1922, p. 861, 1925, p. 134. (Amputation abdomino transanale avec conservation du sphincter).
- VILLEMIN, HUARD et MONTAGNE (de Bordeaux). *Rev. de Chir.* 1925, t. 43, p. 39. (Anatomie des lymphatiques).

WILKIE (d'Edimbourg). *Surg. Gyn. Obst.* Mai 1929, t. 48, n° 5, p. 677. (Amputation périnéale).

WINKLER-KREBSANT M. t. 3, 81-86. Mars 48. (Restoration of continence following operation).

ZAGDOUM. Thèse. Paris 1934. (Anus sur le colon transverse et conservation du sphincter anal).

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Chapitre Premier. Historique.	19
Chapitre II. Technique de R. Michel-Béchet	23
Observation N° 1	27
— N° 2	28
— N° 3.	30
Chapitre III. Technique de A. Toupet.	33
Chapitre IV. Technique de l'anus plastique de Wre-	
den-Stone	39
Chapitre V. Hypothèse d'un nouveau procédé. . . .	43
Conclusions	49
Bibliographie	51
Serment	57

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
**Tentatives de Rétablissement de la Continence de l'Anus périnéal
après amputation du Rectum**

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 9 Juin 1953.

Le Professeur,

G. ROUX.

VU :

Montpellier, le 12 Juin 1953.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 12 Juin 1953.

Le Recteur,

P. GUILLON.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVIGNON. — MAISON AUBANEL PÈRE

N° 14.0024 - Juin 1953 - L. 2085

Dépôt légal 2^e trimestre 1953 - E. 258

